送信先　新潟県医師会　業務課

メール:gyoumu@niigata.med.or.jp　 ＦＡＸ：０２５－２２４－６１０３

令和７年度新潟県医師会日医認定産業医基礎前期研修会

受　講　申　込　書

参加を希望される方は、以下の所定事項をご記入のうえ、**７月２２日（火）**までに県医師会業務課あてにメール・ＦＡＸ等でお申し込みください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 男 ・ 女 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | |
| 会員・非会員区分 | 新潟県医師会員 ・ 新潟県医師会員以外 | | | | | | | | |
| 医籍登録番号 | 第 |  | | | | | | 号 | |
| 生年月日（西暦） |  | | 年 |  | 月 | |  | | 日 |
| 所属医療機関名 |  | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－ | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | |

※メールアドレスは、誤りやすい文字（英小文字のｌ（エル）と数字の１（イチ）等）には、ルビを振ってください。

|  |
| --- |
| ※参加される期日に✅を付けてください（両日の場合は両方に✅）。  ８月１０日　　 　 ８月１１日 |